FITTAあんしんサポート 見舞金(保険金)請求書 兼 同意書

さくら損害保険株式会社 御中

- 団体傷害ー時金保険の保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、保険金を請求します。
 貴社が本保険金請求に関する私(被保険者(保険金請求者))の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を裏面「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。 また、貴社の担当者(貴社が委託、依頼した者を含む)が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての傷害の記録を取得することに同意します。なお本書の写真複写も本書と同じかればまるよのよりおまる。 じ効力があるものと認めます。

1 被	发保険者	(保険	金計	求者	の氏	名・	住所	等記入	欄お	よび	個人	情報	の耳	双扱い	パこ	関する同	意欄	ご記入	日	20	年	月	日	
	される R険			記一時← 住一時←			きたは	通院-	一時(呆険:	金				会員	番号								
(保	住所	₹	-												電話	□ 自宅 □ 勤務先 □ 携帯								
被保険者	12771														メール	@								
者求	フリカ゛ナ														Ī				生	年月日				
者	氏名												ED	昭和 平成		年	月		B	才				
2 t	シケガのり	場合に	こご記	入くだ	さい																			
	故日		20	年	F		日	午前	·午	发	時	ころ												
場所(施設名)																							
事故	女状況	記入	例: ウ	7エイト	トレー	-=:	ングロ	中、ろっ	骨を	骨折	した	o												
3 2	監難の場	合に	ご記え	入くだる	さい。																			
事	故日		20	年	F]	日	午前	·午	发	時	ころ												
場所(施設名)													-	警察	養属出の の受理番								
事故	枚状況	記入	例:口	コッカー	-にス	ポー	-ツシ	ューズ	を置	いて	ハた	ところ	5、盗	まれ	た。									
4 æ	sケガの [‡]	場合に	このみ	v. ご訂	! 入 く	ださ	L1 ₀ (盗難は	記入	不要	Į)													
	ケガの名										•				治	現在の	て	治癒	入院	中;	通院中	.		
	医療機同	関名													[医療機関(電話番号								
	治療期	間		20		—— 年		日	か	ا ان کا	0	年		月	B	まで								
入院	入院期	間	20	年	<u> </u>	月	E	から	20		年	月		日:	まて	•	*.	入院され	た日	数		日		
	())月		2 3 18 19		5 21	6 22 2	7 8 3 24				12 28	13 29	14 30	15 31	16	*\/	· \-			·= n	~	٠	
	())月		2 3	-	5 21		7 8 3 24	9 25	10 26		12 28			15 31	16						元されい	/ C 日	
' Z	())月		2 3 18 19				7 8 3 24	9 25	10 26	11 27	12 13 14 15 16								₩△=	T = T		_	
通院	())月	1	2 3	4	5	6	7 8	9 25	10	11		13	14		16		囲灰され	レバニロ	致 古 ā	中 通院中 日 記入し、通院された日 ください。 数合計 計	日		
	())月	1	2 3	4	5	6	7 8 3 24	9	10	11		13 29			16								
	())月	1	2 3	4	5	6	7 8 3 24	9	10	11	12	13	14	15	16								
	180.0										21	20	29	30	31									
5 B	除金支	.払指	凶欄	9 ~	(()) 特			は人くた 機関名	۱،۱۵:	·。)														
<i>\</i>		銀行・信金 支店・支 信組・農協 出張												ツ医師の診断者の担けたおはフ担へだもります										
保険	預金	企種類		J	古番号		山辰	: נולה			座番	号		ш;	アピヌロ	②盗糞	ŧ: 警察	への盗難	届出					
金振	普通	• 当	座							T						1 L			, 予	コル文型	±田芍			
込先	(フリカ゛ナ)					1	口座	名義					1			〔見舞					ノューション	ス゛〕		

〔FAX番号〕

03-3354-6991 受付時間: 9:00~17:30 (土・日・祝・年末年始休み)

FITTAあんしんサポート 見舞金(保険金)請求書 兼 同意書

さくら損害保険株式会社 御中

- 団体傷害ー時金保険の保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、保険金を請求します。
 貴社が本保険金請求に関する私(被保険者(保険金請求者))の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を裏面「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。 また、貴社の担当者(貴社が委託、依頼した者を含む)が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての傷害の記録を取得することに同意します。なお本書の写真複写も本書と同じかればまるよのよりおまる。 じ効力があるものと認めます。

1 7	皮保険者	皆(保	険金調	青求:	者) (の氏	名・	住用	听等	記入	、欄ま	よに	が個ノ	人情報	最の1	マ扱い しょうしょう しょうしょう しょうしょう しょうしょ しょうしょ しょうしょ しょうしゅ しょうしゅ しょうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅう しゅうしゃ しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく しゃく し	バこ	関する同	意欄	ĭ	記入	日		20	21年	9月	10日
	される 保険		▶ 入院 盗歎					た	は通	院-	一時	保険	金				会員	番号	必須			123	3456	378	9		
		₹	_	-														電話	口自	宅		□∮	勧務を	ŧ		携帯	
保	住所			0-0022 都新宿区新宿4-3-23 ビル2F									电前	012	20	(6	1)		903	1					
被保険者	正別											メール		relo.taro@relo.jp													
者求	フリカ・ナ	IJ		5	! [1 5	ל															生	年月	日			
19	氏名		リロ 太郎											(U U	昭和平月	O Ž	元	年	1月		1日	3	3才			
2 おケガの場合にご記入ください。																											
事	故日		2021	年	!	9月		16	1	午前	† (後	4 ⊞	寺ころ)												
場所の	施設名	スオ	ペーツ !	クラフ	ブFΙ	ΤΤΑ	C	01	店																		
		記力	記入例:ウエイトトレーニング中、ろっ骨を骨折した。																								
事	枚状況	ラン	ランニングマシンで転倒。右足首捻挫。																								
3 %	監難の場	⊒ ⊘(-	7=3	1/1	ビナロ																						
	故日	5 C K	د اا د د د	<u>ハヽ/</u> 年		<u>い。</u> 月	l	日		午前	•午	後	時	ころ													
提訴(施設名)								1 13.	•							経難届出の									
793171	. NE DX - LI		【例:□	1117	1—1	- z ·	/ t°−	٠٠/٠	·/ ¬ -	ーズ	を置	しいて	1.17-	ر <u>ا</u> بر	ス 汐			の受理都	号								
事	枚状況	100	ν,,,,	- ,,,	, ,				_		<u> </u>		, , ,		J (111	1044	7720										
4 a	らケガの	場合	にのみ	メ 、こ	記力	\< 1	ださ	ل،	(盗	難は	記入	不到	要)														
	ケガの	名前					右足	2首	捻	挫(炎症	は対	村象タ	<u>ላ</u>)			泛	現在の	17	治癒		入院	中	通	院中	l	
	医療機	関名							新	宿ク	リニ	ック						医療機関 電話番号	の								
	治療其	朝間		2	2021	年	9	月	1	目	から	5 20	021年	F	9月	10	日	まで	,								
入院	入院期	間	20		年		月		日	から	20		年	F]	日	まて	<u> </u>	*	 入院	され	たE	数			日	
196	(9)月	1(2	3		5	6		8	9	/		12				16									
													27								内に	月を	記り	lι,	通防	され	た日
	()月		2 18	3 19		5 21	6 22	7 23	8 24			11 27		13 29	14 30	15 31	16	15		「をつ	ゖ	てくだ	さし	١.		
	()月		2	3		5	6	7	8	9		11	12	13	14	15	16									
通院		//	17	18										28			31		×	通院	され	t:E	数台	計	計	3	日
池	()月		2 18	3 19	4 20	5 21	6 22	7 23	8 24	9 25	10 26	11 27	12 28	13 29	14 30	15 31	16									
	,)月		2	3		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16									
	(7.7	17	18						24	25		27	28	29	30	31										
	()月				4 20		6 22	7 23		9 25		11 27	12 28				16									

5 保険金支払指図欄(すべての場合にご記入ください。)

	金融機関名														
保	みずほ	Ē		銀行信組	・信金 ・農協		兼	支店・支所 出張所							
険	預金種類	店番号 口座							号						
保険金振	普通・当座	2	4	0	1	2	3	4	5	6	7				
込先	口座名義														
先	(フリガナ) リロ タロウ														
	リロ 太郎														

【各保険金のご請求に必要な添付書類】

①入院・通院: 医療機関の領収書のコピ ※医師の診断書の提出を求める場合があります。 ②盗難: 警察への盗難届出

※書類が発行されない場合は受理番号

【保険金請求窓口】

〔見舞金事務局:㈱リロ・フィナンシャル・ソリューションズ〕 〔フリーダイヤル〕 0120-61-9031 〔FAX番号〕 03-3354-6991 受付時間: 9:00~17:30 (土・日・祝・年末年始休み)